

極秘

秘密

被保険者について記入してください。

健康保険被扶養者(異動)届

審査	入力	一次	二次	発送

※マイナ保険証をお持ちでない方は、資格確認書を職権にて発行するため資格確認書の発行要否の☑は不要です。
 ※介護(出生時含)によりマイナ保険証を利用することが難しい事情にある方のみ、発行要否に☑をお願いいたします。

被保険者 記号番号	記号 2312	被保険者の 氏名	健保 太郎			性別	男・ 女	配偶者	有・ 無	被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	62 年 8 月 13 日		
資格取得年月日	昭和 平成 令和	29 年 1 月 1 日		被保険者の 標準報酬月額	360 千円		被保険者の 住民票住所	〒000-0000 横浜市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号						
性別	続柄	(フリガナ) 被扶養者氏名	被扶養者の 生年月日	職業	配偶者の 有無	同居・ 別居	被扶養者の住民票住所	被扶養者になった日 被扶養者でなくなった日	理由	資格確認書 発行要否	年間収入額 (給与、年金等)	雇用保険の 受給の有無		
① 男・ 女	子	ケンボ ハナコ 健保 花子	昭和 平成 令和	2 年 1 月 1 日	有・ 無	同居 別居	〒	年 月 日 7 年 4 月 1 日	就職	<input type="checkbox"/> 発行が必要	円 年金受給の有無 有・無	受給中・受給予定 受給しない・受給終了		
個人番号	記入不要				備考									
② 男・ 女			昭和 平成	年 月 日	有・ 無	同居・ 別居	〒	年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要	円 年金受給の有無 有・無	受給中・受給予定 受給しない・受給終了		
個人番号	記入不要				備考									
③ 男・ 女			昭和 平成 令和	年 月 日	有・ 無	同居・ 別居	〒	年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要	円 年金受給の有無 有・無	受給中・受給予定 受給しない・受給終了		
個人番号	記入不要				備考									

被扶養者について記入してください。

〇ワンポイント
 令和7年4月1日就職なら
 令和7年4月1日が
 被扶養者でなくなった日になります。

お願い！！

〇記入誤りがないか再度ご確認ください。

〇資格確認書を必ず添付してください。

外れる被扶養者の資格確認書を添付してください。
 い場合は、別途資格確認書の滅失届を提出してください。
 特記事項を備考欄に記載してください。
 者の個人番号を記入してください。

受付日付印

社会保険労務士記載欄

(※事業所欄：任意継続被保険者による届出の場合は記入不要です。)

年 月 日 提出